



РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ
ОРГАНИЗАЦИЯ СОДЕЙСТВИЯ ЗАЩИТЕ ПРАВ
ДЕТЕЙ
«ПРАВО РЕБЕНКА»

СИРОТЫ. НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ. БЕЗДОМНЫЕ ДЕТИ. ДЕТИ-ИНВАЛИДЫ. ДЕТИ-ЗАКЛЮЧЕННЫЕ



Ambassade van het

Koninkrijk der Nederlanden

Новые подходы в организации деятельности органов опеки и попечительства для решения проблем детства и семьи

**Сборник материалов
международной научно-практической конференции**

Смоленск
2009

ВЛИЯНИЕ ПОСЛЕДСТВИЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ФОРМИРОВАНИЕ АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Косенкова Т.В., Маринич В.В., Елисеева И.Н., Попинова К.Е.,
Островская О.Ю.**

НОУ ВПО «Смоленский гуманитарный университет», Смоленск, Россия

Изучение проблемы агрессивного поведения человека в последнее время стало одним из самых популярных направлений исследовательской деятельности психологов всего мира. Это связано с тем, что условия жизни в современном обществе требуют от людей большей твердости, большей жёсткости, а иногда и жестокости. За последнее десятилетие во всем мире отмечается рост насильственных действий, сопряженных с особой жестокостью, вандализмом и глумлением над людьми. И что особенно страшно - волна ожесточения захватывает детей, что находит своё выражение в участившихся случаях детского агрессивного поведения по отношению друг к другу, к родителям, педагогам, животным, себе самому.

В психологической литературе существует достаточно много концепций, объясняющих формирование агрессивного поведения у детей: от теории влечения Зигмунда Фрейда до современных социально-психологических подходов. В своих ранних работах З.Фрейд утверждал, что

все человеческое поведение проистекает, прямо или косвенно, из эроса, инстинкта жизни, чья энергия направлена на упрочнение, сохранение и воспроизведение жизни, при этом агрессия рассматривалась просто как реакция на блокирование или разрушение либидиозных импульсов. Возникновение и становление агрессивности у З.Фрейда связывается со стадиями детского развития. Фиксация на оральной стадии развития может привести к формированию таких агрессивных черт характера, как склонность к сарказму и сплетням. Фиксация на анальной стадии - к формированию упрямства, иногда переходящего в упорство, к которому легко присоединяется склонность к гневу и мстительности [21, 22].

Представители этологического подхода считали, что агрессия берет начало, прежде всего, из врожденного инстинкта борьбы за выживание, в пользу чего свидетельствуют две его важные функции. Во-первых, борьба рассеивает представителей видов на широком географическом пространстве, и тем самым обеспечивается максимальная утилизация имеющихся пищевых ресурсов. Во-вторых, агрессия помогает улучшить генетический фонд вида за счет того, что оставить потомство сумеют только наиболее сильные и энергичные индивидуумы [13].

Дж. Доллардом и его коллегами в 40-е гг. 20 века была предложена [фрустрационная теория агрессии](#), согласно которой существует взаимосвязь между специфическими человеческими потребностями и возможностями их удовлетворения в конкретных социальных условиях. Авторы считали агрессивное поведение ситуативным, полагая, что агрессия - это не проявление автоматически возникающих влечений, а реакция на фрустрацию, то есть попытка преодолеть препятствия на пути к удовлетворению потребностей, достижению удовольствия и эмоционального равновесия. Если потребности не удовлетворяются, развивается состояние фрустрации, следствием которого является побуждение к агрессии, которое может встречать либо внешние препятствия, либо подавляться страхом наказания, т.е. побуждение остается, что и ведет к агрессивным действиям, нацеленным уже не на истинного фрустратора, а на другие объекты, по отношению к которым агрессивные действия могут совершаться беспрепятственно и безнаказанно [2].

Одной из идей фрустрационной теории агрессии является эффект катарсиса, то есть процесса освобождения возбуждения или накопившейся энергии, приводящего к снижению уровня напряжения, в результате чего достигается психологическое равновесие и ослабление готовности к агрессии. Следовательно, акты агрессии могут снижать проявления агрессивности в дальнейшем. Однако многие экспериментальные данные не позволяют однозначно оценить эффективность катарсиса: установлено, что в ряде случаев агрессивное поведение понижает дальнейшие агрессивные проявления, а в ряде случаев, наоборот, повышает. Однако Л.Берковиц и М.Зильман признают, что агрессия бывает импульсивной, не подвластной контролю рассудка. Большинство людей научаются реагировать на воспринятую ими провокацию ответной агрессией, поэтому «навык»,

который они приобретают, когда когнитивные процессы дезинтегрированы, является деструктивным [2, 21, 31].

Для объяснения формирования агрессивного поведения предложена теория социального научения, согласно которой агрессия рассматривается как специфическое социальное поведение, которое усваивается и поддерживается в основном точно также как и многие другие формы социального поведения. При этом необходимо учитывать: способы усвоения агрессивных действий; факторы, провоцирующие появление агрессивных действий (воздействие шаблонов – возбуждение, внимание, неприемлемое обращение - нападки, фрустрация, побудительные мотивы - деньги, восхищение, инструкция (приказ), эксцентричные убеждения: (параноидальные идеи); условия, при которых эти действия закрепляются (внешние поощрения и наказания – материальное вознаграждение), викарное подкрепление (наблюдение за тем, как поощряют и наказывают других), механизмы саморегуляции (гордость, вина). Агрессия возникает посредством: биологических факторов (например, гормоны, нервная система) или научения (непосредственный опыт, наблюдение). Когда агрессивные реакции усвоены, на первый план выступают факторы, отвечающие за их регуляцию — сохранение, усиление или контроль. Выделяются три вида поощрений и наказаний, регулирующих агрессивное поведение: материальные поощрения и наказания, общественная похвала или порицание и ослабление или усиление негативного отношения со стороны других; возможность наблюдать, как вознаграждают или наказывают других; возможность назначать самому себе поощрения и наказания за свои действия [30]. В настоящее время теория социального научения является наиболее эффективной в предсказании агрессивного поведения, особенно, если есть сведения об агрессоре или ситуации социального развития.

Агрессивное поведение у детей - это немотивированное нанесение ущерба людям, животным или предметам, наблюдаемое с самого раннего детства. В первые годы жизни агрессия проявляется в импульсивных приступах упрямства, вспышках злости или гнева, сопровождающихся криком, брыканием, кусанием, драчливостью. С расширением независимости ребенка, формировании опыта его взаимодействия со сверстниками, как процесса длительного поддержания и развертывания действий, направленных на другого в ситуации потребности овладения какой-либо вещью, агрессия начинает носить инструментальный характер и зависит от реакции и отношения родителей к тем или иным формам поведения ребенка.

В возрасте 2-х – 3-х лет у ребенка усиливается "исследовательский инстинкт", при этом он сталкивается с системой запретов, ограничений и родительских "нельзя", испытывая сильнейшую депривацию, - ограничение возможности удовлетворения своих потребностей. Это приводит к состоянию фрустрации, которую ребенок воспринимает как акт отвержения со стороны родителей. Следствием невозможности разрешения этого конфликта является появление поведенческих паттернов в виде злости, отчаяния, которые ребенок не может выразить матери или отцу и переносит

на другой, гораздо более безобидный объект. К 6-7 годам у детей происходит смена форм агрессии: от инструментальной агрессии ребенок переходит к вербальной (оскорбление) [5, 21, 26].

Периоды выраженной агрессивности в детском возрасте совпадают с переживаниями возрастных аффективных и личностных кризисов, один из которых приходится на возраст 3-х лет и характеризуется негативизмом, упрямством, строптивостью, своеволием, обесцениванием взрослых, частыми ссорами с родителями, стремлением к деспотизму [5, 26].

Однако, несмотря на негативные отношения со взрослыми, дети постоянно стремятся к установлению и сохранению положительных взаимоотношений с ними. Если они не удовлетворяют ребенка, то возникают глубокие аффективные переживания, ведущие к значительному снижению активности в общении со сверстниками или к агрессивности по отношению к ним [4].

У детей с самого раннего возраста отмечаются две формы агрессии: недеструктивная (настойчивое, неврожденное самозащитное поведение, направленное на достижение цели и тренировку, вызываемое врожденными механизмами адаптации к среде, удовлетворения желаний и достижение цели); деструктивная (злое, неприятное, причиняющее боль окружающим поведение), которое не проявляется сразу после рождения, однако, его механизмы существуют с самого начала жизни ребенка и активизируются в результате сильных неприятных переживаний (чрезмерная боль или дистресс). Подобная форма агрессивности может приводить к возникновению эмоциональных конфликтов, острого чувства вины, формировать грубые черты в характере, лимитировать способность к адаптации, к установлению доброжелательных отношений с людьми. Следовательно, способность ребенка справляться со своей агрессией определяет его будущее благополучие, развитие индивидуальных и социальных качеств, т.е. способ когнитивной обработки социальных признаков ситуации влияет на стиль поведения [5, 32].

Социализация - это процесс, посредством которого индивидом усваиваются нормы его группы таким образом, что через формирование собственного "Я" проявляется уникальность данного индивида как личности. Социализацией агрессии можно назвать процесс научения контролю собственных агрессивных устремлений или выражение их в формах, приемлемых в определенном сообществе. В результате социализации одни дети учатся регулировать свои агрессивные импульсы, адаптируясь к требованиям общества, другие - проявляют агрессию через словесные оскорбления, скрытое принуждение, завуалированные требования, вандализм и др., третьи - применяют физическое насилие. Важную роль в формировании агрессии играет ранний опыт воспитания ребенка в конкретной культурной среде, семейные традиции, эмоциональный фон отношения родителей к ребенку. Если у ребенка имеется негативный опыт воспитания, особенно материнская депривация, то, как правило, формируются отрицательные черты личности: тревожность, подозрительность, агрессивность, эгоизм и жестокость. Следовательно, на

социализацию агрессии оказывают влияние два основных фактора: во-первых, образец отношений и поведение родителей (наличие снисходительности - степени готовности родителей прощать поступки ребенка), во-вторых, характер подкрепления агрессивного поведения ребенка в раннем возрасте со стороны окружающих (строгость наказания родителями агрессивного поведения ребенка). Поэтому, при адекватном отношении родителей к агрессивному поведению ребенка в детском возрасте, агрессивность в подростковом или юношеском периоде будет проявляться лишь по отношению к сверстнику или равному по статусу человеку (а не по отношению к какому-либо авторитетному лицу - педагогу, руководителю, начальнику), сопровождаясь формированием чувства вины при каждом акте проявления агрессии. Родителями наименее агрессивных детей оказывались были те, чья позиция заключалась в осуждении агрессии и доведении этого до сведения ребенка, но без строгих наказаний в случае проступка. Следовательно, создавая эмоционально благополучную среду для ребенка, мы обеспечиваем его эмоциональную стабильность, что является базой психического здоровья ребенка [12, 14, 29].

В семье ребенок проходит первичную социализацию и на примере взаимоотношений между членами семьи учиться взаимодействовать с другими людьми, формам отношений, которые сохраняются у него в подростковом периоде и в зрелые годы. Агрессивные дети, как правило, вырастают в семьях, где дистанция между детьми и родителями огромна, где мало интересуются развитием детей, где не хватает тепла и ласки, отношение к проявлению детской агрессии безразличное или снисходительное, где в качестве дисциплинарных воздействий предполагают силовые методы, особенно физические наказания. При этом жестокие наказания часто связаны с относительно высоким уровнем агрессивности у детей, а недостаточный контроль - с высоким уровнем асоциальности. Использование физических наказаний родителями может стать для ребенка примером агрессивности, а само наказание - провоцировать агрессивность в дальнейшем. При частых наказаниях в семье дети будут стремиться избегать родителей или оказывать им сопротивление. Если же наказание возбуждает и расстраивает ребенка, то он может забыть причину наказания, а будет помнить только о боли, нанесенной ему, но не об усвоении правил поведения [27].

Нарушение семейных отношений приводит к потере эмоциональных контактов с близкими, что является серьезной травмой, способствующей нарушению физического и психического развития ребенка. Такие дети не испытывают чувства любви к себе, у них отсутствует ощущение собственной значимости, необходимости быть полезным и нужным, при этом, они замечают враждебность окружающих, вырастают в страхе и характеризуются высокой агрессивностью, у них нарушается практика общения, которое носит поверхностный, формальный характер и отличается эмоциональной бедностью.

Агрессивные дети воспринимают ситуации как угрожающие и враждебные по отношению к ним; имеют ограниченный набор реакций на стресс; они сверхчувствительны к негативному отношению, заранее настроены на отрицательное восприятие себя со стороны окружающих; не могут оценивать собственную агрессию как агрессивное поведение, всегда винят окружающих в собственном деструктивном поведении; в случае намеренной агрессии (нападение, порча имущества и т.п.) у них отсутствует чувство вины, либо вина проявляется очень слабо при неумении прогнозировать последствия своих действий. В отношениях со сверстниками проявляют низкий уровень эмпатии при слабо развитом контроле над своими эмоциями; боятся непредсказуемости в поведении родителей; имеют неустойчивое, рассеянное внимание, слабую оперативную память; положительно относятся к агрессии, так как через агрессию получают чувство собственной значимости и силы; имеют высокий уровень личностной тревожности, низкую самооценку.

Таким образом, формирование агрессивного поведения – сложный и многогранный процесс, в котором действуют множество факторов. Агрессивное поведение определяется влиянием семьи и общением со сверстниками. Дети учатся агрессивному поведению посредством прямых подкреплений и путем наблюдения агрессивных действий. На становление агрессивного поведения влияют степень сплоченности семьи, близость между родителями и ребенком, стиль семейного руководства. Ребенок с агрессивным поведением имеет определенные личностные особенности, отличающие его от сверстников.

Материалы и методы исследования

В исследовании приняли участие дети в возрасте от 6 до 9-ти лет. Основную группу составили 20 детей СОГУ «Феникс» (социально-реабилитационный центр для детей и подростков), группу сравнения - 20 детей из социально-благополучных семей прогимназии.

Методы исследования включали:

- сбор анамнеза (медицинский и социальный);
- наблюдение;
- функциональные методы исследования (электроэнцефалография, реоэнцефалография);

Наиболее информативными признаками нарушения функциональной активности головного мозга у детей являются измененные данные электроэнцефалографии, характеризующиеся задержкой формирования корковой ритмики, склонностью к судорожным состояниям, признаками дисфункции диэнцефальных областей и структур стволового уровня мозга, дисбалансом процессов торможения и активации, очаговыми изменениями на ЭЭГ. Количественный и качественный анализ показателей ЭЭГ позволяет понять физиологические процессы становления и адаптационно-компенсаторные реакции регуляторных систем организма ребенка и приспособление его к условиям жизни;

- психологические методы исследования: тест Тулуз – Пьерона, цветовой тест Люшера, тест детской апперцепции (САТ), рисунок несуществующего животного.

Собственные исследования и их обсуждение

Проведенные исследования показали, что дети основной группы родились от осложненной беременности и родов, наиболее частыми среди которых являлись токсикозы первой (75%) и второй (25%) половины беременности, угроза прерывания (75%), оперативные вмешательства (35%), стремительные роды (40%), острая асфиксия (15%) и хроническая внутриутробная гипоксия (50%).

При проведении теста Тулуз-Пьерона было установлено, что последствия перинатального поражения центральной нервной системы (ЦНС) в виде малой мозговой дисфункции (ММД) в основной группе встречались у 70% обследованных детей, в то время как в группе сравнения – в 30% (рис. 1).

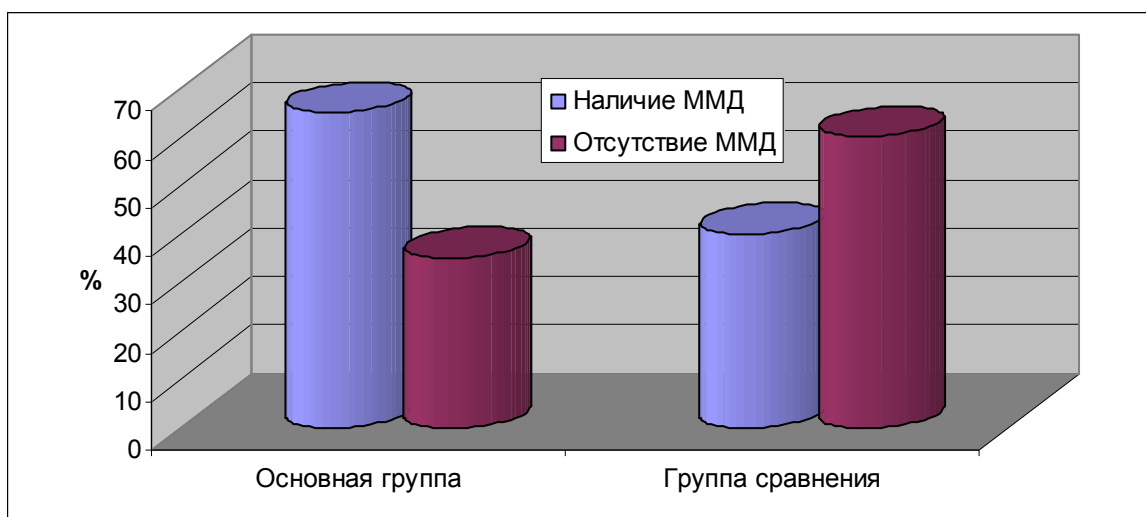


Рис. 1. Частота встречаемости ММД в основной группе и группе сравнения.

При изучении типов ММД у обследованных детей было установлено, что в основной группе и группе сравнения встречались дети только с реактивным и субнормальными типами ММД. Распределение детей по типам ММД представлено на рисунке 2.

При этом дети с реактивным типом ММД характеризуются двигательной расторможенностью, вынужденной, неуправляемой реактивностью, которая сочетается с повышенной возбудимостью. Быстрая смена деятельности у таких детей происходит автоматически, произвольно, без участия процесса внимания, т.е. без настройки на деятельность и без последовательного контроля за ее выполнением.

Эмоциональные реакции бурные, но обычно быстро проходящие, сочетающиеся с неглубокими внутренними переживаниями. Дети с субнормальным типом ММД отличаются повышенной утомляемостью, сохранным интеллектом и волевым самоконтролем.

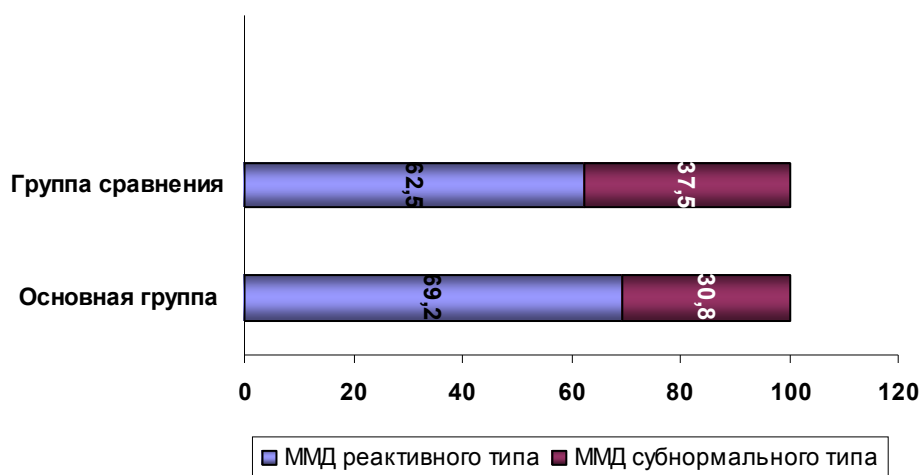


Рис. 2. Распределение по типам ММД у обследованных детей

При изучении поведения детей с различными типами ММД было установлено, что для респондентов основной группы характерны: агрессивные тенденции в виде подражания хулиганским проделкам других детей (90%); приставания и придирки к более слабым детям (80%); негативное отношение к замечаниям со стороны взрослых (70%); невозможность разрешения конфликтной ситуации без помощи педагога (70%) (табл. 1).

Таблица 1.

Паттерны поведения детей с ММД

Паттерны поведения	Основная группа		Группа сравнения	
	Количество детей	%	Количество детей	%
1. Держится вдали от взрослых	8	40	7	35
2. Ведет себя подобно «настороженному животному»	6	30	1	5
3. Постоянно нуждается в помощи и контроле со стороны педагога	14	70	10	50
4. В ответ на приветствие выражает злость или подозрительность	1	5	1	5
5. Портит общественную и личную собственность	5	25	6	30
6. Негативно относится к замечаниям	14	70	9	45

7. Дикий взгляд». Смотрит исподлобья	1	5	0	0
8. Непослушен, не соблюдает дисциплины	11	55	15	75
9. Пристает к более слабым	16	80	12	60
10. Подражает хулиганским проделкам других	18	90	15	75

Как видно из представленной таблицы, для детей группы сравнения наиболее характерными паттернами поведения были: подражание хулиганским проделкам других детей (75%); непослушание и нарушение дисциплины (75%); приставания и придирки к более слабым детям (60%); потребность в помощи воспитателя (50%); негативное отношение к замечаниям со стороны взрослых (45%). При этом, изучаемые фрагменты поведения в группе сравнения выражены менее ярко, чем в основной группе (табл. 1).

Анализ уровней агрессивности у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС показал, что у 85% детей основной группы характеризовались высоким и средним уровнем агрессивности. В то время как у детей группы сравнения не было ни одного обследованного с высоким уровнем агрессивности, а дети со средним и низким уровнем составляли по 50% (табл. 2).

Таблица 2.

Уровни агрессивности у обследованных детей

Уровни агрессивности детей	Основная группа		Группа сравнения	
	Количество детей	%	Количество детей	%
Высокий (6-8 баллов)	10	50	-	-
Средний (3-5 баллов)	7	35	10	50
Низкий (1-2 балла)	3	15	10	50

Для детей с высоким уровнем агрессивности было характерно поведение, сопровождающееся враждебностью, гневом, порчей общественной и личной собственности, негативным отношением к замечаниям, драками и постоянной необходимостью в контроле взрослых. Средний уровень агрессивности сочетался с негативным отношением к замечаниям, несоблюдением дисциплины, непослушанием. При низком уровне агрессивности для детей было характерно: уравновешенность, спокойствие при редких вспышках гнева, носящих защитный характер.

При анализе связи минимальной мозговой дисфункции с поведенческими паттернами у обследованных детей было установлено, что

при ММД реактивного типа как в основной группе, так и в группе сравнения преобладали респонденты с высоким и средним уровнем агрессивности. При этом в основной группе при ММД субнормального типа встречался высокий уровень агрессивности (33%), в то время как в группе сравнения детей с такими показателями отмечено не было и преобладающим уровнем агрессивности был низкий (67%) (табл. 3).

Таблица 3

Взаимосвязь между ММД и агрессивным поведением

Уровни агрессивности детей	Основная группа			Группа сравнения		
	Отсутствие ММД	ММД реакт. типа	ММД субнорм. типа	Отсутствие ММД	ММД реакт. типа	ММД субнорм. Типа
Высокий (6-8 баллов)		57%	33%	16%	40%	-
Средний (3-5 баллов)	25%	43%	33%	42%	40%	33%
Низкий (1-2 балла)	75%	-	34%	42%	20%	67%

Для детей с ММД субнормального типа было характерно отсутствие склонности к яркому проявлению агрессивного поведения, в то время как для детей с ММД реактивного типа - агрессивное поведения (в 100% случаев для пациентов основной группы и 80% - группы сравнения).

Проведенное исследование агрессивности у обследованных детей по тесту рисунка несуществующего животного (РНЖ) показало существование отличий у детей основной группы и группы сравнения (табл. 4).

Таблица 4

Проявление агрессивности у детей по тесту РНЖ

Уровни агрессивности детей	Основная группа		Группа сравнения	
	Количество детей	%	Количество детей	%
Высокий (6-8 баллов)	9	45	2	10
Средний (3-5 баллов)	6	30	6	30
Низкий (1-2 балла)	5	25	12	60

Как видно из представленной таблицы, 75% детей основной группы имеют высокий и средний уровни агрессивности, а в группе сравнения – 40% (табл. 4).

Анализ качественных и количественных показателей по тесту рисунка несуществующего животного (РНЖ) отражен в таблице 5. Результаты обработки теста РНЖ показали, что у детей из основной группы рисунки характеризуются более высоким уровнем агрессивности, чем у детей из группы сравнения (табл. 5).

Таблица 5

Признаки агрессивности по рисунку несуществующего животного

Симптомокомплексы теста РНЖ	Основная группа		Группа сравнения	
	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Сильная, уверенная линия рисунка.	10	50	10	50
Неаккуратность рисунка.	8	40	6	30
Большое количество острых углов.	7	35	5	25
Верхнее размещение углов.	5	25	5	25
Крупное изображение.	8	40	5	25
Голова обращена вправо или анфас.	12	60	7	35
Хвост поднят вверх, пышный.	4	20	6	30
Угрожающее выражение.	8	40	5	25
Угрожающая поза.	2	10	1	5
Наличие орудий нападения (зубы, рога, ногти).	8	40	7	35
Хищник.	9	45	4	20
Вожак или одинокий.	4	20	5	25
При нападении дерется традиционным способом.	10	50	7	35
Ночное животное.	2	10	4	20

Как видно из представленной таблицы, рисункам детей с высоким уровнем агрессии, как в основной, так и в группе сравнения, присущи: крупное изображение, сильная линия рисунка, неаккуратность, наличие орудий нападения (зубы, рога, ногти), угрожающие позы, выбор темных цветов, что являются признаками повышенной тревожности, враждебности, спонтанно возникающей агрессии, эмоционально неустойчивого состояния.

На рисунках детей со средним и низким уровнем агрессии нет животных с угрожающим выражением, хищников или нападающих животных, отсутствуют символы прямой агрессии, такие, как зубы, когти и т.д. Эти рисунки в своем большинстве яркие, отличаются уверенными, стыкующимися линиями, округлыми формами, что означает самоконтроль, дружелюбие, защитный характер агрессии.

У детей основной группы присутствуют признаки отрицательно окрашенных эмоций, депрессии, раздражительности, неуверенности в себе,

пассивности, низкой самооценки, подавленности, нерешительности, отсутствия стремления быть принятым окружением. Присутствует переживание страха.

У детей группы сравнения отмечены более позитивные результаты: присутствие положительно окрашенных эмоций, энергии, активности, стремления соответствовать высокому социальному стандарту, эмоциональному принятию со стороны окружения.

Связь минимальной мозговой дисфункции с проявлением агрессивности у обследованных детей по тесту РНЖ представлена в таблице 6.

Таблица 6.

Взаимосвязь ММД и проявлениями агрессии по тесту РНЖ

Уровни агрессивности детей	Основная группа			Группа сравнения		
	Отсутствие ММД	ММД реакт. типа	ММД субнорм. типа	Отсутствие ММД	ММД реакт. типа	ММД субнорм. Типа
Высокий (6-8 баллов)	-	5(55%)	-	1 (8,3%)	3 (60%)	-
Средний (3-5 баллов)	4 (56,8%)	2(22%)	2 (50%)	2 (16,6%)	4 (80%)	2 (66,6%)
Низкий (1-2 балла)	2 (28,4%)	2 (22%)	3 (75%)	5 (41,5%)	1 (20%)	2 (66,6%)

Как видно из представленной таблицы, для детей с ММД субнормального типа как основной, так и группы сравнения не свойственно проявление агрессии. Для детей с ММД реактивного типа свойственно как проявление агрессивных тенденций поведения, так и их отсутствие. Для детей без перинатальных повреждений головного мозга из основной группы характерно проявление среднего и низкого уровня агрессивности, из группы сравнения – проявление в большей мере низкого уровня агрессивности, однако есть дети, у которых встречается яркое проявление агрессии в рисуночном тесте (табл. 6).

Изучение личностных особенностей обследованных детей с помощью теста Люшера позволило установить, что у всех респондентов основной группы наблюдалось удовлетворительное или плохое нервно-психическое состояние, характеризующееся нестабильностью чувства уверенности и оптимизма, энергии и уравновешенности. Такие дети внутриличностные проблемы и межличностные конфликты, как правило, разрешают самостоятельно. Их деятельность направлена на завоевание личного успеха или на приобретение разнообразного опыта. При этом для 30% детей основной группы было характерно плохое нервно-психическое состояние с высоким уровнем нервно-психического неблагополучия, который

проявляется быстрой утомляемостью, тревогой, эмоциональной нестабильностью, преобладанием негативных и астенических переживаний, серьезными личностными проблемами и межличностными конфликтами. Наличие этих симптомов может свидетельствовать о высокой вероятности невротизации детей (табл. 7).

Таблица 7

Личностные особенности обследованных детей по результатам теста Люшера

Личностные особенности детей	Основная группа		Группа сравнения	
	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Нервно-психическое состояние:				
- хорошее	0	0	3	40
- удовлетворительное	14	70	9	45
- плохое	6	30	8	15
Нестабильность эмоционального состояния	14	70	9	45
Тревожность	11	55	7	35
Напряжение	8	40	6	30
Восприимчивость к внешним стимулам	12	60	13	65
Эмоциональная неудовлетворенность	14	70	7	35
Стресс, тревога	13	65	8	40
Стремление к общению	9	45	12	60

Как видно из представленной таблицы, для 85% детей группы сравнения было характерно хорошее или удовлетворительное нервно-психическое состояние и только 15% обследованных респондентов имели плохое нервно-психическое состояние. Следовательно, дети из основной группы обладают качествами личности, способствующими возникновению и развитию агрессивности в большей мере, чем дети из группы сравнения.

Анализ связи между последствиями перинатального поражения ЦНС в виде ММД и эмоциональным состоянием детей представлен в табл.8.

Таблица 8

Взаимосвязь между ММД и эмоциональным состоянием детей

Личностные особенности детей	Основная группа			Группа сравнения		
	Отсутствие ММД	ММД реакт. типа	ММД субнорм. типа	Отсутствие ММД	ММД реакт. Типа	ММД субнорм. Типа
Нервно-психическое						

состояние: - хорошее - удовлетворительное - плохое	- 100%	- 100%	- 100%	25% 75 % -	- 100%	- 100%
Нестабильность эмоционального состояния	5 (71%)	7 (77%)	3 (75%)	2 (16,6%)	4 (80%)	2 (66,6%)
Тревожность	2 (28%)	6 (66%)	3 (75%)	1 (8,3%)	4 (80%)	2 (66,6%)
Напряжение	2 (28%)	5 (55%)	1(25%)	-	4 (80%)	2 (66,6%)
Восприимчивость к внешним стимулам	3 (42%)	7 (77%)	2 (50%)	6 (49,8%)	5 (100%)	2 (66,6%)
Эмоциональная неудовлетворенность	4 (56%)	7 (77%)	3 (75%)	4 (33,2%)	3 (60%)	2 (66,6%)
Стресс, тревога	3 (42%)	8 (88%)	2 (50%)	3 (24,9%)	4 (80%)	1 (33,3%)
Стремление к общению	3 (42%)	6 (66%)	-	7 (58,1%)	4 (80%)	1 (33,3%)

Как видно из представленной таблицы, при отсутствии патологии со стороны ЦНС у обследованных детей отмечается удовлетворительное (100% детей основной группы и 75% детей группы сравнения) или хорошее (25% группы сравнения) эмоциональное состояние. У детей с последствиями перинатального поражения ЦНС в виде ММД как в основной группе, так и в группе сравнения отмечалось только плохое эмоциональное состояние (табл. 8).

При этом у детей из неблагополучных семей (основная группа) эмоциональная нестабильность и тревожность выражены более ярко (табл. 8). Чрезмерная восприимчивость к внешним стимулам присуща для всей выборки детей. Стремление к общению, в большей степени характерно для детей из социально благополучных семей (табл. 8).

Изучение личностных особенностей обследованных детей с помощью теста детской апперцепции (САТ) позволило установить, что дети основной группы в 55% случаев ориентированы на общение со сверстниками, но не всегда готовы избегать конфликтов, однако ищут одобрения от взрослых. В 40% случаев агрессивные формы их поведения сознательно не подавляются. При этом 45% респондентов основной группы относятся к окружающему миру с недоверием, воспринимая большинство ситуаций как угрожающих. У 65% детей наблюдается высокий уровень тревожности, в 40% случаев –

неполноценности. Неудовлетворенность и неуверенность в эмоциональных контактах с близкими людьми характерна для 60% детей основной группы. Обязанности, правила и нормы еще не приобрели для них достаточной силы в регуляции поведения. Страх неодобрения, неудачи и наказания со стороны других людей является важным мотивом в выполнении требований. У 75% детей присутствуют страхи темноты, физической опасности, необычной обстановки. Наблюдается подавление физических потребностей. Наиболее характерными способами реагирования в сложных ситуациях является воспроизведение форм поведения, характерных для более раннего возраста (40%), а также бегство от ситуации (45%). Следовательно, у детей с последствиями перинатального поражения ЦНС наблюдаются значительно выраженные проблемы в отношениях и со взрослыми людьми и со сверстниками. Дети нуждаются, прежде всего, в теплых эмоциональных контактах, любви и признании (табл. 9).

Таблица 9

Личностные особенности детей по тесту САТ

Личностные особенности детей	Основная группа		Группа сравнения	
	Кол-во детей	%	Кол-во детей	%
Потребность в общении	11	55	12	60
Избежание конфликтов	7	35	9	45
Агрессивные формы поведения	8	40	6	30
Отношение к миру:				
- доверие;	8	40	12	60
- недоверие	9	45	5	25
Тревожность	13	65	7	35
Ощущение собственной неполноценности	8	40	4	20
Неуверенность	12	60	6	30
Наличие страхов	15	75	11	55
Формы психологических защит:				
- бегство от ситуации;	9	45	6	30
- отрицание;	8	40	12	60
- возрастная регрессия.	8	40	9	45

Для детей группы сравнения характерна ориентация на общение со сверстниками, игровое взаимодействие, дружеские отношения (60%). В 45% случаев они ищут одобрения, пытаются избегать конфликтов. Только у 30% респондентов агрессивные формы поведения не всегда сознательно подавляются. Большинство детей относятся к окружающему миру с доверием, воспринимая трудности и угрозы как временные (60%). Для 70%

детей характерна уверенность, так как они знают, что родители находятся поблизости. Однако не исключено, что присутствует неудовлетворенность в эмоциональных контактах с родителями. В 55% случаев у детей из группы сравнения присутствуют страхи темноты, физической опасности, необычной обстановки, которые в большинстве случаев являются ситуационно обусловленными и временными. Для них также присущи страх неудачи, неодобрения и наказания со стороны других людей, однако, это является важным мотивом в выполнении требований. Обязанности, правила и нормы еще не приобрели достаточной силы в регуляции поведения детей. Недостаточно высокий уровень развития супер-эго может приводить к нарушению порядка, правил, не выполнению требований. Наиболее характерными способами реагирования в сложных ситуациях является воспроизведение форм поведения, характерных для более раннего возраста (45%), а также отрицание тревоги (дети стараются не думать о неприятном, не замечать отрицательных сигналов со стороны окружающих - 60%).

Следовательно, у детей группы сравнения наблюдаются умеренно выраженные проблемы преимущественно в отношениях со взрослыми людьми. Дети также нуждаются, прежде всего, в теплых эмоциональных контактах, любви и признании (табл. 9).

Анализ связи типа ММД и личностных особенностей обследованных детей позволил установить, что респондентам с ММД субнормального типа, как основной группы, так и группы сравнения характерны отсутствие конфликтности (100%), доверительное отношение к миру (66%). При этом у них отмечается наличие страхов (66%), а наиболее предпочтительными формами психологических защит являются отрицание (100%) и возрастная регрессия (66%) (табл. 10).

Таблица 10

Взаимосвязь личностных особенностей с наличием/отсутствием ММД

Личностные особенности детей	Основная группа			Группа сравнения		
	Отсутствие ММД	ММД реакт. типа	ММД субнорм. Типа	Отсутствие ММД	ММД реакт. типа	ММД субнорм. типа
Потребность в общении	6 (85%)	4 (44%)	1 (25%)	8 (66,4%)	2 (40%)	1 (33%)
Избежание конфликтов	3 (44%)	1 (11%)	3 (75%)	4 (33,2%)	2 (40%)	3 (100%)
Агрессивные формы поведения	4 (56%)	4 (44%)	-	3 (24,9%)	3 (60%)	-
Отношение к миру:						
- доверие;	3 (44%)	3 (33%)	1 (25%)	7 (58,1%)	3 (60%)	2 (66%)
- недоверие	4 (56%)	4	-	2	2	1 (33%)

		(44%)		(16,6%)	(40%)	
Тревожность	4 (56%)	7 (77%)	2 (50%)	3 (24,9%)	3 (60%)	1 (33%)
Ощущение собственной неполноценности	4 (56%)	4 (44%)	-	3 (24,9%)	1 (20%)	-
Неуверенность	6 (85%)	4 (44%)	2 (50%)	4 (33,2%)	2 (40%)	-
Наличие страхов	5 (71%)	6 (66%)	4 (100%)	4 (33,2%)	5 100%	2 (66%)
Формы психологических защит:	5 (71%)	3	1	3	2	1 (33%)
- бегство от ситуации;	4 (56%)	(33%)	(25%)	(24,9%)	(40%)	3 (100%)
- отрицание;	1 (14%)	2 (22%)	2 (50%)	5 (41,5%)	4 (80%)	2 (66%)
- возрастная регрессия.		4 (44%)	3 (75%)	4 (33,2%)	3 (60%)	

Как видно из представленной таблицы, для большинства детей с ММД реактивного типа, как основной группы, так и группы сравнения характерна тревожность (77%, 60%), неуверенность (44%, 40%), наличие страхов (66%, 100%), проявление агрессии (44%, 60%). При этом они выбирают психологическую защиту в форме возрастной регрессии (44%, 60%). Однако дети из группы сравнения с большим доверием (60%), чем дети из основной группы (33%), относятся к окружающему миру и чаще выбирают психологическую защиту в форме отрицания опасности (80%) (табл. 10).

Для детей без последствий перинатального поражения ЦНС в обеих группах присуща потребность в общении, однако другие личностные особенности у них в достаточной мере отличаются. Так, для детей из основной группы без ММД характерна неуверенность (85%), наличие страхов (71%), психологические защиты в форме бегства (71%) и отрицания (56%), агрессивные формы поведения (56%), отсутствие доверия к миру (56%), тревожность (56%), ощущение собственной неполноценности (56%). Направлены на избежание конфликтов и доверительно относятся к миру – 44% респондентов. Дети из группы сравнения без ММД относятся к миру с доверием – 58,1%, тревожность, ощущение собственной неполноценности и неуверенность у них выражена в гораздо меньшей степени (24,9%, 24,9%, 33,2% соответственно), стараются избежать конфликтов 32,2%. Наличие страхов наблюдается у 33,2% детей (табл. 10).

Сравнительно-сопоставительный анализ качественных показателей по проведенным методикам (Тест Тулуз – Пьерона, проективный тест «РНЖ», детский апперцептивный тест, тест Люшера) в зависимости от типа

минимальной мозговой дисфункции позволил установить, что перинатальные поражения ЦНС оказывают влияние на формирование личности и поведение ребенка. При этом была выявлена следующая закономерность: для каждого типа ММД характерны определенные поведенческие паттерны и личностные особенности детей наиболее выраженные у респондентов с реактивным типом ММД (табл.11).

Таблица 11

Влияние последствий перинатального поражения ЦНС на личностные особенности детей и паттерны их поведения

Тип ММД	Поведенческие особенности	Личностные особенности	Основная группа (%)	Группа сравнения (%)
Реактивный	В поведении отмечается двигательная расторможенность, неуправляемая реактивность, повышенная возбудимость, переключаемость и утомляемость. Поведение ребенка направляется окружающими вещами, предметами и людьми. Свое поведение ребенок контролировать не может. Он сначала действует, а потом понимает, что произошло.	Нестабильность эмоционального состояния	7 (77)	4 (80)
		Тревожность	6 (66)	4 (80)
		Напряженность	5 (55)	4 (80)
		Агрессивность	4 (44)	3 (60)
		Восприимчивость к внешним стимулам	7 (77)	5 (100)
		Страх	8 (88)	5 (100)
		Эмоциональная неудовлетворенность	7 (77)	3 (60)
		Нарушения общения	3 (33)	1 (20)
		Психологическая защита в форме:	4 (44)	3 (60)
		-возрастная регрессия	2 (22)	4 (80)
		- отрицание		

Субнормальный	Поведение детей этой группы не отличается чем-то особенным. Выделить их можно только с помощью теста Тулуз-Пьерона. Как правило, такие дети повышено утомляемы, хотя с помощью волевого самоконтроля могут несколько корректировать свою деятельность. Работоспособность сохраняется на протяжении всего дня.	Нестабильность эмоционального состояния	3 (75)	2 (66,6)
		Тревожность	3 (75)	2 (66,6)
		Восприимчивость к внешним стимулам	2 (50)	2 (66,6)
		Эмоциональная неудовлетворенность	3 (75)	2 (66,6)
		Нарушения общения	4 (100)	3 (100)
		Астеничность	3 (75)	3 (100)
		Избегание конфликтов	2 (50)	2 (66,6)
		Пассивность	4 (100)	3 (100)
		Страхи	3 (75)	2 (66,6)
		Психологическая защита в форме:	2 (50)	3 (100)
		-возрастная регрессия		
		- отрицание		

При изучении данных ЭЭГ и РЭГ и сопоставлении их с полученными результатами исследования было выявлено, что для пациентов основной группы характерны последствия перинатального поражения ЦНС с заинтересованностью срединных структур (65%), ликвородинамическими нарушениями (25%) и снижением порога параксизмальной готовности (10%).

При этом для каждого типа нарушений биоэлектрической активности головного мозга выявлены определенные поведенческие и личностные особенности, определяемые степенью выраженности нарушений биоэлектрической активности головного мозга ребенка. Так, для детей со снижением порога параксизмальной готовности характерно проявление среднего уровня агрессивности, который выражается в склонности к вербальной и скрытой агрессии, раздражению, долгой обиде. У них наблюдается неустойчивость эмоционального состояния, перевозбуждение, суетливость, напряженность, стресс, тревога (табл. 12).

У детей с ликвородинамическими нарушениями также наиболее часто встречается средний уровень агрессивности, который, однако,

сопровождается импульсивностью, склонностью к вербальной агрессии, возбуждением в сочетании с чувством вины, обидой при высоком уровне тревожности и наличии большого количества страхов. дети восприимчивы к внешним стимулам, испытывают потребность в самоутверждении, доминировании, но при этом не избегают конфликтов (табл. 12).

У детей с заинтересованностью срединных структур чаще встречаются яркие проявления агрессивности. Они раздражительны, импульсивны, конфликтны, имеют слабый волевой контроль, проявляют негативизм. Вместе с тем у них наблюдается эмоциональная неудовлетворенность, конфликтное напряжение, недоверие к окружающему миру, страхи, зажатость, стресс, тревога (табл. 12).

Таблица 12

Взаимосвязь поведенческих и личностных особенностей с нарушениями, выявленными при ЭЭГ

	Снижение порога параксизмальной готовности	Ликвородинамические нарушения	Заинтересованность срединных структур
Медицинский анамнез	Беременность с угрозой выкидыша (100%).	Внутриутробная гипоксия (40%), срочные роды (60%).	Беременность с угрозой прерывания (46%), срочные роды (30%), протекание беременности и родов не известно(24%).
ММД	-	ММД реактивного типа (60%), ММД субнормального типа (40%).	ММД реактивного типа (46%), ММД субнормального типа (15,3%), отсутствие ММД (38,7%).
По результатам наблюдения	Средний уровень агрессивности – 100%	Средний уровень агрессивности – 60%, высокий – 20%, низкий – 20%.	Высокий уровень агрессивности – 46%, Низкий – 38,5%, средний – 15,3%.

По результатам теста Люшера	Неустойчивость эмоционального состояния, перевозбуждение, суетливость, напряженность, стресс, тревога.	Восприимчивость к внешним стимулам, возбуждение, суетливость, лихорадочность, тревожность; высокая вероятность невротизации (у детей с низким и высоким уровнем агрессивности).	Низкий уровень агрессивности: перевозбуждение, суетливость, лихорадочность, тревожность, стресс, зажатость, эмоциональная неудовлетворенность, восприимчивость к внешним стимулам; средний уровень агрессивности: энергозатраты, восприимчивость к внешним стимулам, возбудимость, стремление к общению; высокий уровень агрессивности: возбуждение, суетливость, зажатость, конфликтное напряжение, стресс, эмоциональная неудовлетворенность.
По результатам теста РНЖ	Вербальная агрессия, склонность к раздражению	Низкий уровень агрессивности заниженная самооценка, страхи, тревожность, импульсивность; средний уровень агрессивности завышенная самооценка, страхи, тревожность, импульсивность склонность к вербальной агрессии; высокий уровень агрессивности:	Низкий уровень агрессивности: импульсивность, тревожность, эмоциональная нестабильность, неадекватная самооценка; средний уровень агрессивности: тревожность, защитная агрессия, эмоциональная нестабильность, потребность в опоре, стремление к эмоциональным контактам, вербальная агрессия, возможна аутоагрессия; высокий уровень агрессивности:

		страхи, тревожность, импульсивность склонность к вербальной агрессии	тревожность, раздражительность, импульсивность, скрытая агрессия, неуверенность.
По результатам теста САТ	Скрытая агрессия, обида, склонность к обособлению.	Тревожность, страхи, потребность в самоутверждении, доминировании, подавление физических потребностей, не избегают конфликтов, чувство вины, обида.	Низкий уровень агрессивности: избегание конфликтов, подавление физических потребностей, чувство вины. Потребность в эмоциональных контактах, отношение к окружающему миру с недоверием, слабый волевой контроль, страхи. Средний уровень агрессивности: потребность в эмоциональных контактах, стремление к получению информации, подозрительность, обида, сознательное подавление агрессивности, защитная агрессия, страх физической опасности. Высокий уровень агрессивности: негативизм, не избегают конфликтов, недоверие к миру, слабый волевой контроль, раздражительность, страх физической опасности.

Таким образом, проведенные исследования позволяют сказать, что

- наличие агрессивного поведения присутствует в жизни каждого ребенка. Но у одних детей агрессивное поведение носит пассивно-защитный характер, а у других детей – активный, ярко выраженный;

- на развитие агрессивности ребенка влияют биологические и социальные факторы;
- семья оказывает значительное влияние на формирование личностных качеств ребенка, которые ярко проявляются в его поведении;
- перинатальные поражения ЦНС оказывают влияние на формирование личности и поведение ребенка. При этом была выявлена следующая закономерность: для каждого типа ММД характерны определенные поведенческие паттерны и личностные особенности детей, наиболее выраженные у респондентов с реактивным типом ММД;
- последствия перинатального поражения ЦНС в виде малой мозговой дисфункции способствуют усилению агрессивности, что при условии социального неблагополучия создает возможность формирования делинквентности ребенка.

Литература:

1. Аверин, В.А. Психология детей и подростков/ В.А. Аверин. - СПб.: Изд-во Михайлова В.А., 1998. - 520 с.
2. Бэррон, Р. Агрессия/ Бэррон Р. Ричардсон Д. - СПб.: Питер, 1997. - 336 с.
3. Берковиц, Л. Агрессия. Причины, последствия, контроль/ Берковиц Л. - М.: Владос, 2001. - 512 с.
4. Бюттер, К. Жить с агрессивными детьми/ Бюттер К. - М.: Просвещение, 1997. - 122 с.
5. Возрастные особенности психического развития детей/ Под ред. И.В. Дубровиной, М.И. Лисиной. - М.: Академия., 1982. - 351 с.
6. Ганова, Л.А. Феномен агрессивности и особенности личности/ Л.А. Ганова. //Вопросы общей и дифференциальной психологии: сборник научных трудов - Кемерово, 1998. - №2. - С. 108-115.
7. Гуггенбюль, А. Зловещее очарование насилия. Профилактика детской агрессивности и жестокости и борьба с ними/ Гуггенбюль А. - СПб.: Питер, 2000. - 298 с.
8. Доскин, В.К. Рисунки детей - психологический анализ/ В.К. Доскин. - Печора //Дошкольное воспитание. 2002. - №12 - С. 15.
9. Запорожец, А.В. Эмоциональное развитие дошкольника/ А.В. Запорожец. - Минск.: Педагогика., 1985. - 175 с.
10. Крайг, Г. Психология развития/ Крайг Г. - СПб.: Питер, 2000. - 992 с.
11. Креч, Д. Нравственность, агрессия, справедливость/ Креч Д., Крачфилд А., Ливсон Н. //Вопросы психологии. - 1992. - №1-2. - С. 4-10.
12. Лалаянц, И. Энергия агрессивности/ Лалаянц И. // Семья и школа. - 1995. - №6. - С.20-21.
13. Лоренц, К. Агрессия (так называемое "зло")/ Лоренц К. - М.: Арко, 1994. - 269 с.
14. Мид, М. Развитие ребенка/ Мид М. - М.: Педагогика., 1968. - 236 с.
15. Паренс, Г. Агрессия наших детей/ Паренс Г. - М.: Юнити, 1997. - 125 с.
16. Психология человеческой агрессивности/ Под ред. К.В. Сельченко. - Мн., 1999. - 656 с.
17. Реан, А.А. Агрессия и агрессивность личности/ А.А. Реан. // Психологический журнал. - 1996. - №5. - С.3-18.
18. Румянцева, Т.Г. Агрессия и контроль/ Т.Г. Румянцева // Вопросы психологии. - 1992. - № 5,6. - С.35-40.
19. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии/ Е.В. Сидоренко. - СПб.: Речь, 2004. - 350 с.
20. Ферс, Г. М. Тайный мир рисунка/ Г.М. Ферс. - СПб.: Европейский дом, 2000. - 165 с.
21. Фрейд, З. Я и Оно: в 2-х томах/ Фрейд З. - Тбилиси.: Мерани., 1991. - 2 т.
22. Фрейд, З. Сновидения/ Фрейд З. - М.: Просвещение., 1991. - 448 с.
23. Фурманов, И.А. Детская агрессивность/ И.А. Фурманов. - М.: Юнити, 1996. - 192 с.
24. Фурманов, И.А. Психологические особенности детей, лишенных родительского попечительства/ И.А. Фурманов, А.А. Аладынь, Н.В. Фурманова. - Мн.: Тесей, 1999 - 177с.
25. Фромм, А. Анатомия человеческой деструктивности/ Фромм А. - М.: Просвещение., 1994. - 447 с.
26. Хрестоматия по возрастной психологии/ Под ред. Фельдштейна Д.И. - М.: Международная педагогическая академия, 1994. - 256 с.
27. Циркин, С. Ю. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста/ С.Ю. Циркин. - СПб.: Питер, 2000. - 752 с.
28. Юницкий, А.В. Психология детской потери/ А.В. Юницкий // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. - 1991. - №2. - С. 49-55.
29. Энциклопедия воспитания и развития дошкольника./ Под ред. Башаева Т.В., Васильева Н.Н., Ключева Н.В. - Ярославль.: Академия развития, 2001. - 480 с.

30. *Bandura, A. Social learning and personality development/Bandura A., Wulfer R. - N.Y., 1995. - 225 pp.*
31. *Berkovits, L. Aggression: A social psychological analysis/ Berkovits L. - N.Y., - 1962. – 225pp.*
32. *Dodge, R.A. Social cognitive bases and deficits in aggressive boys/Dodge R.A., Frame C.L.//Child Devel.1982. V.53. P. 620-635.*
33. *Haskins, R. Public school aggression among children with varying day-care experience/ Haskins R.//Child Devel.1985. V.56. P. 689-703.*
34. *Olweus, D. Aggression and peer acceptance in adolescent boys: Two short-term longitudinal studies of ratings/ Olweus, D.//Child Devel.1977. V.48. P. 1301-1313.*